

預先裁定通知書  
醫療輔助方案服務  
PLANNED ACTION NOTICE  
MEDICAID SERVICES

個案當事人/申請人姓名與地址

代表之姓名與地址

發展殘障服務處已對為您提供的服務或您提出的服務申請作出如下決定。

此項決定之生效日期為 \_\_\_\_\_

拒絕批准、減少或終止服務之原因			
<p>此清單中的原因已編號排列，以供下文引用：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 您不符合獲得此項服務的資格。</li> <li>2. 根據評估結果，您不需要此項服務。</li> <li>3. 您不能以您申請採用的方式接受或使用此項服務。</li> <li>4. 根據評估結果，您不需要獲得您所申請的或原先所獲得的服務量。</li> <li>5. 此項服務可經由其他服務資源提供。</li> <li>6. 您不再符合享受絕對貧困醫療輔助方案計畫的資格條件。</li> <li>7. 您不能以您申請採用的方式接受或使用此項服務。</li> <li>8. 您或您的代表曾經請本處作出此項決定。</li> </ol>			
決定			
服務項目	決定	原因	服務量
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388- 原因編號	從： 至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388- 原因編號	
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388- 原因編號	從： 至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388- 原因編號	
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388- 原因編號	從： 至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388- 原因編號	

**決定 (續)**

服務項目	決定	原因	服務量
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	

**補充評註**

## 您的申訴權

從您收到此通知書之日起，您有九十(90)天時間請求舉行一次行政聽證會，對此項裁定提出申訴。

- 如果您目前獲得發展殘障服務處提供的付費服務，並想在申訴期間繼續獲得此項服務，則您必須於 \_\_\_\_\_ 之前提出舉行聽證會的請求。
- 如果您選擇繼續獲得此項付費服務，但依據最終裁定本部之原有決定得到維持，則您可能需負責償還最多60天的付費服務費用。
- 如果您不想繼續獲得付費服務，請聯絡：

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
個案/資源管理員

\_\_\_\_\_   
電話號碼

您有以下權利：

1. 請他人代表您出席聽證會（您可能資格獲得免費法律幫助）；
2. 請求得到一份副本，包括您的檔案副本和發展殘障服務處為作出此項決定而審閱的所有資料之副本；
3. 提交證據文件；
4. 在聽證會上作證，並請證人出席為您作證；並且
5. 盤問為本部作證的證人。

隨附一份行政聽證會申請書。您有以下權利：

## 問題

如果您對本項決定或申訴程序有不明白的問題，請聯絡：

姓名	電話號碼	地方辦事處
----	------	-------

**預先裁定通知書**  
**發展殘障服務處醫療輔助方案服務**  
**聽證會申請書**

根據第388-02章社會福利服務部聽證規定。

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> <b>Oral request taken by:</b>	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

**請寄往：** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
 PO BOX 42489  
 OLYMPIA WA 98504-2489

**傳真：** 360-586-6463

本人提出舉行聽證會之請求，理由是我不同意社會福利服務部(DSHS)作出的以下決定：

- 請簡要說明社會福利服務部所採取或未採取的行動（可視需要另加附頁）；並且
- 如果可能的話，請隨附您對之提出申訴的決定通知書副本。

您的姓名（請工整填寫）	出生日期	社會安全號碼
提出聽證請求者的地址		當事人的個案號碼
城市	州	郵遞區號
電話號碼（請包括區域號碼）		<input type="checkbox"/> 留言電話

**本人於：** \_\_\_\_\_ **收到由** \_\_\_\_\_ **寄來的決定通知。**  
 日期 社會福利服務部辦事處的名稱與地點

**若符合資格，本人願意繼續獲得幫助：**     **是**     **否**    計畫名稱：\_\_\_\_\_

本人的代表是（若您將親自出席，請不要填寫以下兩行內容）：

您的代表之姓名	組織機構	電話號碼
地址	城市	州 郵遞區號

**本人授權將相關我的聽證之資訊透露給我的代表。**

您的簽名	日期
------	----

您是否需要口譯人員，或者其他幫助或便利條件，以便您參加聽證會？     **是**     **否**

若需要，請問是哪種語言或哪些幫助？ \_\_\_\_\_

行政聽證法官(ALJ)也許會採用電話方式進行某些聽證。如果您希望改為一次親自出席的聽證會，請按照聽證會通知書中所述的方法辦理。該通知書將由行政聽證管理處寄給您。

相關醫療輔助方案服務預先裁定通知書之華盛頓州行政法規條款索引

服務	華盛頓州行政法規	原因
對規則的所有例外考慮	388-440-0001(1)	ETR之準則
	388-106-0815	資格條件
<b>州府醫療輔助方案服務</b>		
成人日間保健計畫	388-106-0815	資格條件
	388-106-1010	成人日間保健計畫(ADH)之定義
私人照顧護理服務	388-106-1010(d)	私人照顧護理(PDN)服務及關於4小時連續護理服務之要求
	388-106-1010	資格條件
	388-106-1030	限制與限定
醫療輔助方案提供的個人護理服務	388-106-0210	享受醫療輔助方案個人護理(MPC)服務之資格條件
為成人提供的醫療輔助方案個人護理(MPC)居家服務	388-106-0130; 0135	減少服務
	388-106-0220	要求進行年度資格覆審/重新評估
	388-106-0080; 0125; 0130	服務量
醫療輔助方案個人護理(MPC)之成人之家/成人集體住宿看護機構(AFH/ARC)	388-106-0080; 0115	服務量
	388-106-0120	對成人之家/成人集體住宿看護機構(AFH/ARC)之付費率
為兒童提供的醫療輔助方案個人護理(MPC)居家服務	388-106-0120	醫療輔助方案個人護理(MPC)服務之資格審定(拒絕批准或終止)
	388-106-0213; 0130; 0135	關於年齡之規定(減少服務)
	388-106-0220	要求進行年度資格覆審/重新評估

## INSTRUCTIONS FOR MEDICAID SERVICES PLANNED ACTION NOTICE

### Notification Requirements

1. A Planned Action Notice must be sent when a service(s) is reduced, denied, or terminated.
2. A request for a specific service can be oral or in writing. A denial of either request requires a Planned Action Notice.
3. All decisions are documented in the client's CARE Service Episode Record.
4. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
5. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of age and a copy sent to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
  - A parent if the client is under the age of eighteen (18);
  - The guardian or other legal representative;
  - Other relative;
  - Other person identified by the client;
  - An advocacy agency.

### Completing the form

1. The effective date
  - The effective date of a reduction or termination is always the last day of the month. It is a minimum of 10 working days and a maximum of 90 days from the date the Planned Action Notice is mailed to the client.
2. Services: Choose the service from the attached list of services and WAC references.
3. Decision: Identify the appropriate decision.
4. Reason:
  - Insert the WAC number(s) that give the legal authority for the decision.
  - Insert the corresponding number of the reason(s) listed on the Planned Action Notice for the decision.
5. Amount:
  - Amount and unit of service required for Reductions.
  - Example: Reduced "From" 100 hours per month "To" 80 hours per month.
6. Page two is optional. Use if there are more than two decisions.
7. Instructions for completing a translated form:
  - Enter the information in English
  - Identify each service with a number if there is more than one.
  - Write the number next to the corresponding reference line on the Services/WAC chart and highlight the WAC reference and reason.

## Appeal Rights

1. Insert a date in the first bulleted statement ONLY if this is a reduction or termination of an existing service.
2. To calculate the date in the first bulleted statement:
  - Count 10 days from the date the notice is mailed. The 10th day must be a working day.
  - Extend to the end of that month.

### Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
  - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
  - The last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
  - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
  - The last day of the month of the 10th day is November 30th.
3. Case/Resource Manager name for terminating paid services during an appeal is the CRM responsible for authorizing the client's paid services.
4. The name at the bottom of the form will be determined by regional authority.